

# Aufgaben einer soziologischen Medizin in der Heilkunde\*

DOOR PROF. DR TH. VON UEXKÜLL, GIESSEN

Ich habe die Aufgabe übernommen, Ihnen über eine Disziplin zu berichten, die erst im Begriff ist, sich zu konstituieren und ihren Platz innerhalb der Medizin zu bestimmen. Wie ihr Name sagt, handelt es sich dabei eigentlich um die Zusammenarbeit zwischen zwei verschiedenen Disziplinen, der Medizin und Soziologie.

Robert Strauss hat diese Zusammenarbeit als „sociology in medicine“ bezeichnet und von einer „sociology of medicine“ unterschieden, worunter eine soziologische Untersuchung des Gesundheitswesens und der Medizin als sozialer Institution zu verstehen ist. Beide Richtungen haben trotz der verschiedenartigen Ausgangspunkte, Ziele und Methoden manche Berührungs punkte und Überschneidungen.

*Die Aufgabe der Begriffsklärung.* Im Folgenden soll vornehmlich von medizinischer Soziologie, von „sociology in medicine“ die Rede sein, während Probleme der „sociology of medicine“ nur am Rande berührt werden. Jede Zusammenarbeit von Vertretern verschiedener Fachdisziplinen wirft eine Reihe von Problemen auf, die vorher bedacht werden müssen. Darunter spielt die Klärung der Begriffe, mit denen man arbeiten und sich verständigen will, eine vordringliche Rolle.

Es zeigt sich dabei immer wieder, dass scheinbar eindeutige und selbstverständliche Begriffe ihren Inhalt und Sinn verändern, sobald sie von einer Wissenschaft in eine andere übertragen werden. Medizin und Soziologie schneiden aus dem Gesamtkomplex der menschlichen Lebenswirklichkeit bestimmte, mehr oder weniger begrenzte Teilausschnitte heraus. Diese Teilausschnitte mögen sich berühren oder sogar überschneiden. Sie decken sich aber nicht. In beiden herrschen verschiedene Bezugsysteme und legen die Bedeutung der Begriffe auf verschiedene Weise fest.

Zwischen Soziologie und Medizin herrscht insofern Übereinstimmung, als beide den Menschen nicht als isoliertes Wesen, sondern eingebettet in ein Feld von Beziehungen und Wechselwirkungen zu Gegebenheiten betrachten, die außerhalb von ihm existieren. Beide Wissenschaften sehen den Menschen in Auseinandersetzung mit der Welt. Aber beide Wissenschaften verstehen unter „Mensch“ und unter „Welt“ etwas anderes.

„Welt“ war für die Medizin bis vor kurzem die physikalische, chemische und biologische Natur, in

welcher der Mensch die Vorbedingungen für die Erhaltung seiner physiologischen Prozesse, aber auch Faktoren vorfindet, die sie schädigen können und die er dann verändern kann. Unter „Mensch“ verstand sie den Organismus, dessen Entwicklung und dessen Verhaltensweise vor allem von angeborenen Anlagen bestimmt werden, die chemisch in den Chromosomen verankert sind. Die innere Naturgesetzlichkeit der Erbanlage stand dann mit der äusseren Naturgesetzlichkeit der Welt in Wechselwirkungen, die durch eine Art Regler-Mechanismus aufeinander eingestellt waren.

Für die Soziologie ist „Welt“ dagegen im wesentlichen „Kultur“, also gerade etwas, das der Mensch nicht vorfindet, sondern das geistige Kräfte erzeugt haben, welche aus der Natur eine menschliche Welt aufbauen.

„Der Mensch“ ist für sie Mitglied innerhalb einer sozialen Gruppe; seine Entwicklungs- und Verhaltensschritte sind durch die Struktur und die Rollenerwartungen der Gruppe bestimmt, in die er eingefügt ist, und die das eigentliche Forschungsgebiet der Soziologie ausmachen.

Sie sehen, dass die Ausschnitte, welche Medizin und Soziologie aus der Gesamt wirklichkeit des menschlichen Daseins heraustrennen, zunächst sehr wenig Berührungs punkte zu haben scheinen. Es ist sogar durchaus fraglich, ob Begriffe, die in einer Disziplin eine zentrale Rolle spielen, in der anderen überhaupt einen konkreten Sinn haben. Ein Beispiel dafür sind die Begriffe „Krankheit“ und „Gesundheit“. Es ist durchaus zweifelhaft, ob es in der Soziologie einen Sinn hat von der Gesundheit oder Krankheit sozialer Gruppen zu sprechen. Und es scheint — was für unsere Frage wichtiger ist — auf den ersten Blick auch zweifelhaft, ob die Soziologie etwas beitragen kann, das für die Probleme der Krankheit und Gesundheit des einzelnen Menschen von Bedeutung ist.

*Die Wandlung in der Medizin und die neue Auffassung vom Menschen.* So standen die Dinge vor noch nicht sehr langer Zeit. Inzwischen ist aber in der Medizin eine Änderung eingetreten, welche die beiden Aspekte einander näher bringt. Man kam zu der Einsicht, dass die Verhaltens- und Reaktionsweisen des Menschen nicht wie bei den meisten Tieren durch unwandelbare, schon in der Erbanlage verankerte Triebe und Instinkte festgelegt sind. Forschungen der Psychologie, der Ethnologie und Kulturanthropologie zeigten, dass sich die Reaktionen und der Verhaltensstil des Menschen erst

\* Inleiding, gehouden op de huisartsencursus „Maatschappelijke facetten van gezondheid en ziekte“ te Nijmegen, april 1961.

im Laufe seines Lebens unter den prägenden und formenden Einflüssen der sozialen Gemeinschaft bilden, in der er aufwächst. Damit wurde das meiste von dem, was man sich unter den „natürlichen Eigenschaften“ des Menschen, der verschiedenen Geschlechter, der Altersklassen usw. vorgestellt und worauf man stattliche Gebäude errichtet hatte, fragwürdig. Man erkannte, dass sowohl die Natur im Menschen, wie die Natur ausserhalb von ihm durch kulturelle Faktoren gestaltet und überformt werden, dass sich über dem physikalischen, chemischen und biologischen Bereich, ihn modifizierend und beherrschend der Bereich der menschlichen Kultur erhebt, der nicht auf Erbanlage zurückgeführt werden kann. Sehr anschaulich hat das *Ruth Benedict* ausgedrückt: „Soziale Gemeinschaften“, schreibt sie, „gibt es schon bei den Tieren. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass durch bestimmte Mechanismen dafür gesorgt ist, dass sie sich stets in der gleichen Form wiederholen. Seit undenklichen Zeiten herrschen die gleichen Spielregeln und Gesetze in den Insektenstaaten. Die Form der Soziätät ist hier in den Instinkten der einzelnen Tiere verankert. Beim Menschen ist es gerade umgekehrt. In seiner Keimzelle ist nichts von einer Gesellschaftsordnung, Sprache oder Religion vorgebildet. Ein Kind von Orientalen, Negern oder Chinesen, das bei amerikanischen Eltern aufwächst, nimmt die Kultur, in der es gross wird, so an, dass sie sein geistiges Eigentum wird, und dass die biologischen Eltern dann kaum noch eine Rolle spielen. Die Gleichsetzung von Kultur und biologischer Rasse entbehrt jeder realen Grundlage. Was die Menschen aneinander kettet, ist ihre gemeinsame Kultur, ihre Sprache, sind die Ideen und Standardbegriffe, in denen sie sich begegnen und verstehen, aber nicht ihr blutmässiges Erbe“. Soweit Ruth Benedict.

Die physikalischen, chemischen und biologischen Faktoren erweisen sich also beim Menschen als Rohmaterial, aus dem die kulturelle Gemeinschaft sehr souverän die Formen und Verhaltensweisen aufbaut, die den Menschen erst zum Menschen und das heisst immer zum Menschen einer bestimmten Kultur machen.

Der erste Anstoss in der Medizin, die Auswirkung sozialer Faktoren auf die menschliche Entwicklung zu untersuchen, kam von der Psycho-analyse. Sie stellte fest, dass Konflikte, die sich in der Frühgeschichte des heranwachsenden Menschen mit seiner Umwelt ereignen, zu Störungen der normalen Entwicklung führen können, die sich oft erst im späteren Leben manifestieren.

Als medizinische Hilfswissenschaft konzentrierte sich die Psycho-analyse vor allem auf den Prozess der Krankheitsentstehung im einzelnen menschlichen Individuum, das als Patient ärztliche Hilfe sucht. Aber schon bald wurde klar, dass der ergänzende Aspekt der bedingenden und konstellierenden Faktoren soziologischer und sozialpsychologischer Art nicht weniger wichtig ist, dass hier nicht nur ein Zuviel oder ein Zuwenig an sozialer Zuwen-

dung, sondern vor allem auch Deformierungen der sozialen Umwelt eine Rolle spielen. Hier ergeben sich Fragen, deren Bearbeitung Aufgabe der soziologischen Medizin ist, deren Bedeutung aber weit über die Grenzen der Medizin hinausreicht und für Erziehung, Rechtsprechung oder Politische Wissenschaften von gleicher Wichtigkeit ist.

Mit dem Eindringen der Realität des Sozialen in den Bereich medizinischer Überlegungen stellt sich eine Fülle neuer Aufgaben und Probleme. Gleichzeitig wächst die Schwierigkeit der Untersuchung und Beweisführung. Es ist daher kein Wunder, dass auf diesem neuen Feld die Zahl der Hypothesen und unbewiesenen Vermutungen noch sehr gross ist.

In früheren Epochen der Medizin wurden die Beziehungen zwischen dem Menschen und der ihn umgebenden Welt erst erforschbar, nachdem Physik und Chemie Methoden entwickelt hatten, die eine genaue Kenntnis von den Vorgängen der Außenwelt ermöglichten. Heute fällt der Soziologie und Sozialpsychologie eine ähnliche Rolle zu; denn jetzt handelt es sich darum, auch die Beziehungen kennen zu lernen, die den Einzelnen mit der sozialen Welt verknüpfen und Methoden zu entwickeln, die Vermutungen über fördernde oder schädigende Einflüsse aus dieser Welt zu verifizieren oder zu widerlegen.

Der erste grosse Aufgabenkreis, der sich hier abzeichnet, ist — wie bereits angedeutet — durch die Tatsache gegeben, dass die Entwicklung des Einzelmenschen sich unter dem prägenden und formenden Einfluss der kulturellen Gemeinschaft vollzieht, in die er hineingeboren ist. Die soziale Gruppe, der die Aufgabe zufällt, in den Fluss der heranwachsenden Generationen die Formen und Ordnungen einzuprägen, welche die Kultur für ihre Mitglieder bereithält, ist vor allem die Familie. Sie wird damit zum ersten Forschungsobjekt der soziologischen Medizin.

Die ersten Untersuchungen über dieses Gebiet stammen aus den Ver. Staten. Als Beispiel, wie die soziologische Medizin an diese Aufgaben herantritt, sei ein Forschungsprogramm erwähnt, über das *Lidz* berichtet hat, in dem die Familien geisteskranker Patienten einer subtilen Untersuchung unterzogen wurden. Sie ergab, dass in allen untersuchten Familien zum mindestens ein Elternteil geistig schwer gestört war, was aber nicht hinderte, dass diese Eltern eine sozial gehobene und geachtete Position erringen und behaupten konnten. Aber die Fassade nach aussen wurde durch schwere Belastungen des Familienlebens erkauft. Diese Untersuchungen bestreiten keineswegs den Einfluss genetischer Faktoren für die Entstehung bestimmter Geisteskrankheiten, aber sie geben auch Aufschluss über die soziale Welt, in der Kinder aufwachsen, bei denen sich später eine Geisteskrankheit entwickelte. Sie eröffnen darüber hinaus einen tiefen Einblick in die dynamischen Strukturen mitmenschlicher Beziehungen innerhalb einer Familie.

Von diesen Gesichtspunkten und Erfahrungen her gewinnen wir auch ein besseres Verständnis für das, was die Tiefenpsychologie als „neurotische Tradition“ bezeichnet. Wir sehen, wie innerhalb der Familie der heranwachsenden Generation Formen des Verhaltens, des Fühlens und Urteilens aufgeprägt werden können, die eine Abweichung von der allgemeinen Kultur darstellen, und die später Anpassungsschwierigkeiten und eine Wurzel für Erkrankungen bilden vermögen.

Freud hat diese Auswirkungen einer pathologischen Tradition als „psychologische Vererbung“ bezeichnet. Sie sehen, wie komplex beim Menschen das Problem der Vererbung wird, sobald man die soziale Wirklichkeit mit in Rechnung stellt. Dies ist ein gutes Beispiel um zu zeigen, wie die Begriffe einer Disziplin korrigiert werden müssen, sobald sie mit den Aspekten einer anderen Disziplin konfrontiert werden! Der Gewinn der Medizin besteht darin, dass die Einseitigkeit ihres Aspektes durch die andersgeartete Einseitigkeit des soziologischen Aspektes überwunden und ihr Gesichtskreis um einen weiteren Teil ausschnitt aus der menschlichen Gesamtwirklichkeit erweitert wird.

\* \* \*

*Die Medizin und die Realität des Sozialen.* Um leben, sich entwickeln und gesund bleiben zu können ist der Mensch also nicht nur auf die Welt physikalischer und chemischer Agentien, den Sauerstoff der Luft, den Vitamingehalt und die Kalorien der Nahrung usw. angewiesen, sondern eben so sehr auf die soziale Welt mitmenschlicher Beziehungen. Wenn wir aber der Frage nachgehen wollen, ob auch Störungen in diesem Bereich zu Gesundheitsschäden führen, müssen wir zwei verschiedene Möglichkeiten auseinanderhalten:

- 1 Wir haben eben von pathogenen Faktoren in der sozialen Atmosphäre der Familie, in der Kinder aufwachsen, gesprochen und gesehen, dass sie imstande sind, bestimmte Anfälligkeit zu züchten. Es handelt sich also um Faktoren, die eine Krankheitsdisposition schaffen können und die in das Kapitel der Entwicklungsstörungen fallen. Sie werden im angelsächsischen Schrifttum als „conditioning factors“ bezeichnet.
- 2 Von ihnen sind krankheitsauslösende Faktoren der sozialen Welt zu unterscheiden, die später bei entsprechend disponierten Erwachsenen für den Ausbruch einer manifesten Krankheit bedeutsam sind. Sie werden in der angelsächsischen Literatur als „precipitating factors“ bezeichnet.

Beide Faktoren sind keineswegs identisch. Eine Gemeinschaft in der sich bedrohte Erwachsenen gesund erhalten, kann die Entwicklung von Kindern gefährden und umgekehrt. Die Krankheit eines Kindes kann für neurotische Eltern ein Mittel sein, das ihrer Ehe Inhalt und Sinn gibt. Die Eltern der ge-

teskranken Kinder über die Lidz berichtet, hatten eine Familienatmosphäre geschaffen, in der sie selbst kompensiert blieben, aber ihre Kinder gefährdet waren.

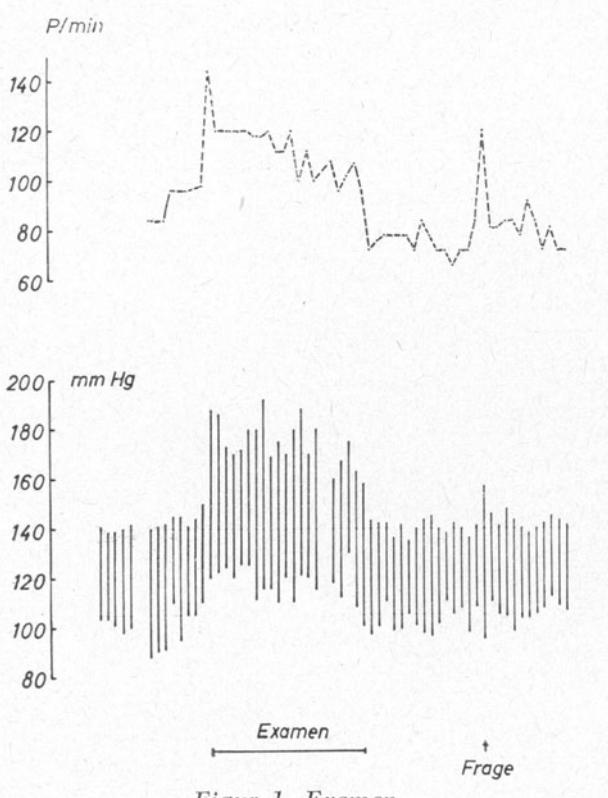
Wenn wir die soziale Welt, in der wir als Erwachsene leben, als möglichen Krankheitsfaktor betrachten, müssen wir also davon ausgehen, dass wir nicht nur in der Kindheit von einer bestimmten Sozietät geprägt sind, sondern dass auch die Welt, in der wir später unser Leben verbringen, von mitmenschlichen Beziehungen geformt ist, und dass unsere Impulse und Zielsetzungen auch dann noch von sozialen Momenten bestimmt werden. Die Welt, in welcher der heranwachsende Mensch zu leben gezwungen ist, kann zu ihm und den Dispositionen, die er in der Kindheit erworben hat, passen oder sie kann nicht zu ihm passen. Im letzteren Fall muss er versuchen sich auf sie einzustellen. Seine Fähigkeit sich einer veränderten oder ungewohnten sozialen Umgebung anzupassen, hängt wiederum davon ab, ob und wieweit er in der Kindheit gelernt hat, flexibel zu bleiben und Anpassungsleistungen zu vollziehen. Schon Versuche sich an neue Situationen des täglichen Lebens anzupassen, erfordern nicht nur intellektuelle Leistungen, sie verlangen auch emotionale Umstellungen.

Wir müssen auch die Zielsetzungen unseres Wollens und Fühlens, unsere geheimen Hoffnungen und Befürchtungen mit der neuen Situation in Einklang bringen. Aber sobald der emotionale Bereich betroffen ist, werden auch körperliche Vorgänge in Bewegung gesetzt, die untrennbar mit unseren emotionalen Reaktionen verbunden sind. Dabei gibt es einige allgemeine Gesetzmäßigkeiten, die ich Ihnen an einigen Beispielen demonstrieren möchte.

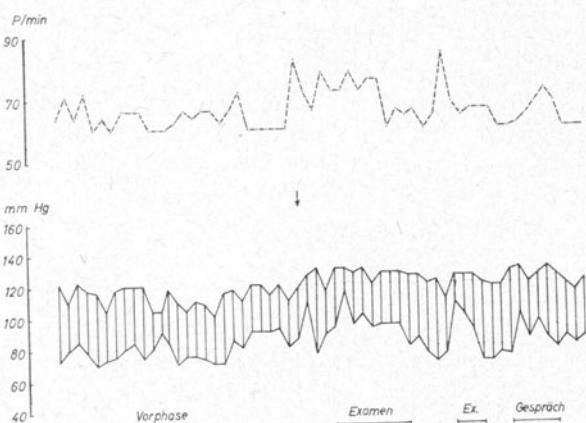
Die Kurven von *Figur 1* zeigen das Verhalten des Blutdruckes und der Pulsfrequenz eines Medizinstudenten im Staatsexamen. Die einzelnen Messungen wurden im Abstand von einer Minute durch einen Apparat registriert, der automatisch arbeitet. Sie sehen, wie Blutdruck und Pulsfrequenz in dem Augenblick ansteigen, in dem der Kandidat von dem Examinator befragt wird. Die intellektuelle Leistung, die der Kandidat vollbringt, um die Antworten zu finden, geht mit einer emotionalen Erregung einher, die wiederum von erheblichen körperlichen Reaktionen begleitet ist. Die Anpassung an die Examenssituation erfordert von diesem Studenten also neben der intellektuellen auch eine emotionale und eine körperliche Leistung.

Auch die Kurve von *Figur 2* stammt von einem Medizinstudenten im Examen. Aber im Unterschied zu seinem Vorgänger, war er sehr viel weniger aufgeregt. Dementsprechend sind die körperlichen Reaktionen weniger auffallend. Es steigt nur die Pulsfrequenz und der diastolische Blutdruck an. Sie sehen daraus, dass Situationen, die für den aussenstehenden Beobachter die gleichen sind, für die Beteiligten sehr verschieden sein können. Die emotionalen und körperlichen Anstrengungen, welche mit den Anpassungen an eine neue Situation verbunden sind, hän-

gen also nicht nur von der objektiven Beschaffenheit, der Situation, sondern eben so sehr von ihrer subjektiven Bedeutung für den Betroffenen ab. Schliesslich zeigen die beiden Kurven noch, dass die emotionalen und körperlichen Reaktionen im Rahmen der Examenssituation wenig sinnvoll sind. Als Vorbereitung für eine Situation, in der man sich durch Angriff oder Verteidigung gegen Feinde wehren muss, mögen der Anstieg des Blutdruckes und der Pulsfrequenz durchaus sinnvoll sein. In einer Situation, in der eine intellektuelle Leistung gefordert wird, sind sie es aber nicht mehr, ja sie können jetzt sogar störend wirken. Die emotionalen Leistungen des Menschen scheinen so undifferen-

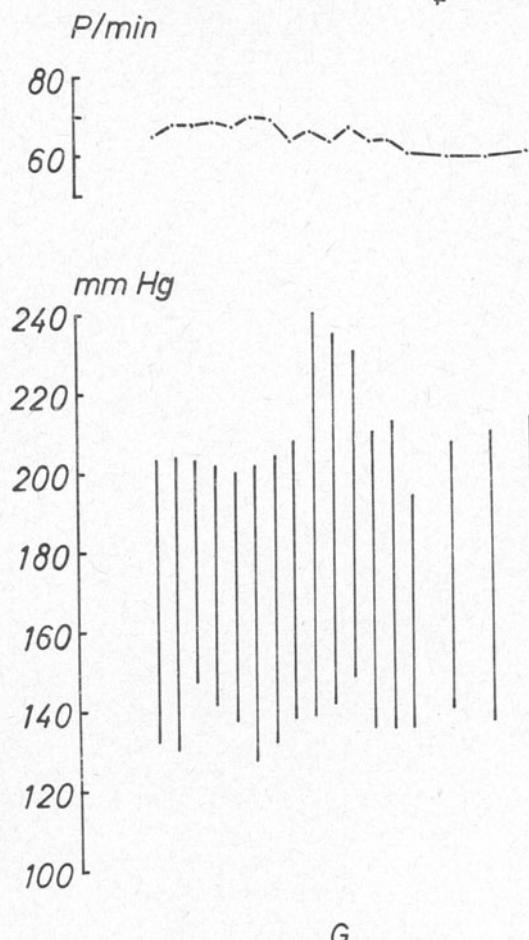


Figur 1. Examen



Figur 2. Examen

F. V. 42a



Figur 3. Krankenschwester

ziert zu sein, dass sie nicht immer unterscheiden können, ob eine Situation eine körperliche oder eine intellektuelle Bewährung erfordert. In beiden Fällen kann der Mensch mit der gleichen Angst und der gleichen körperlichen Bereitstellung reagieren, mit der unsere Vorfahren auf den Besuch des Höhlenbären reagiert haben mögen. Auch damals wird es so gewesen sein, dass manche mit stärkeren Emotionen und entsprechend stärkeren körperlicher Umstellung auf Gefahren reagiert haben, als andere, und dass auch damals nicht die objektive Bedrohung, sondern das subjektive Erlebnis des Bedrohtsein den Ausschlag gegeben hat.

Die Kurve von *Figur 3* stammt von einer Krankenschwester, die an einer essentiellen Hypertonie litt. Bei der Marke „G“ berichtet sie, dass sie während der Nachtwache in der Psychiatrischen Klinik häufig von Geisteskranken angegriffen und auch gekratzt würde, dass ihr das aber nichts ausmache. Sie bleibe dabei völlig ruhig und könne ihren Dienst gut versehen. Der Anstieg des Blutdruckes zeigt aber, dass ihr Gleichmut nur eine Fassade ist, die sie für sich selbst und für andere aufgebaut hat.

Auch emotionale Bewegungen, die aus dem Bewusstsein verdrängt sind, können also die gleichen körperlichen Reaktionen auslösen, wie bewusste seelische Erregungen.

Das sehen Sie auch aus der Kurve *Figur 4*: Es handelt sich um einen Patienten, der an einem Glaukom litt. Er lag mit einem besonders unleidlichen Zimmergenossen zusammen, der ihn ständig schikanierte und sich von ihm bedienen liess. Bei der Marke „2“ erzählt der Patient, sein Zimmergenosse sei ein sehr sympathischer Mann, mit dem er aufs beste auskomme. Auch hier erfordert die Anpassung an die soziale Situation mit dem Zimmergenossen eine emotionale Anstrengung, die von einer starken körperlichen Reaktion begleitet wird. Aber auch dieser Patient verdrängt sie aus seinem Bewusstsein. Er wagt nicht sich selbst einzustehen, was sein Blut-

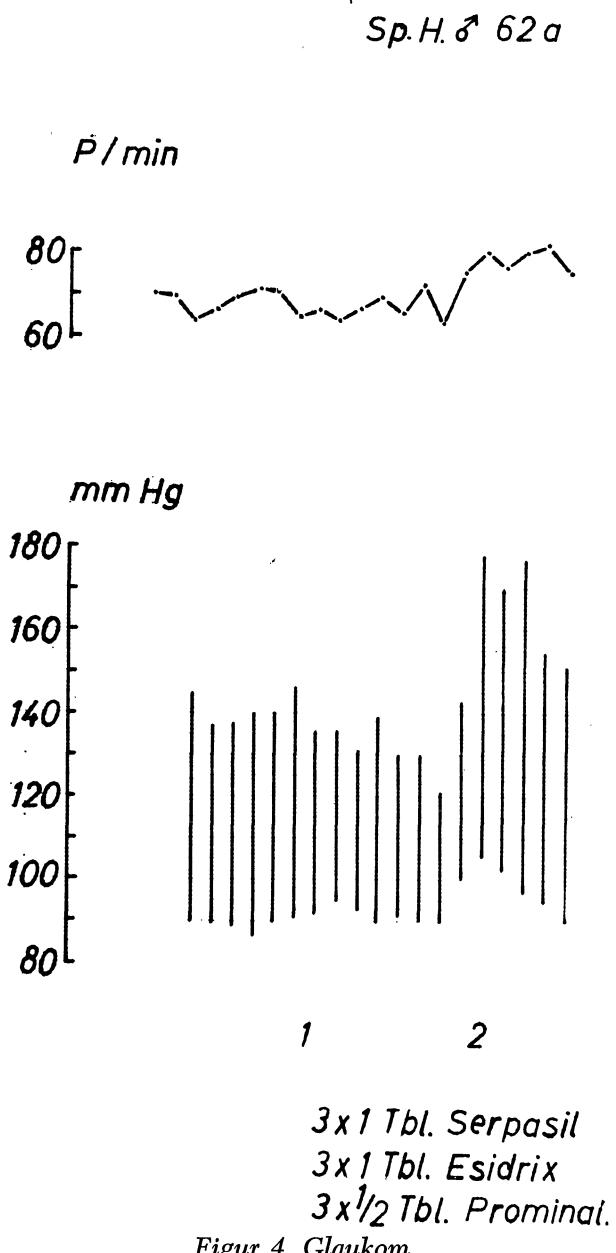
druck ausspricht, nämlich dass er dem anderen am liebsten den Hals umdrehen würde.

Sie sehen an diesen Beispielen, dass hier Aktionen für Ziele eingesetzt werden können, die mit ihrer Hilfe nie zu erreichen sind. Weder Antworten auf Examensfragen, noch die gleichmässige Freundlichkeit psychiatrischen Patienten oder unleidlichen Zimmergenossen gegenüber, können durch die hier eingesetzten emotionalen Aktionen und die sie begleitenden Blutdruck- und Pulsfrequenzänderungen hervorgebracht oder erleichtert werden. Im Gegenteil, sie werden durch sie erheblich erschwert. Daher wurden sie in den letzten beiden Fällen aus dem Bewusstsein, in dem sie nur stören würden, verdrängt. Ein Mensch kann also die geforderte Anpassung an eine neue Situation im bewussten Bereich mit seinen intellektuellen Anstrengungen leisten, während ihm die Anpassung im Bereich der emotionalen Gefühle, Wünsche und Zielsetzungen nicht gelingt. Die unbefriedigten emotionalen Wünsche können dann zu einem ständigen Leerlauf auch der sie begleitenden körperlichen Reaktionen führen.

Wenn wir diese Punkte zusammenfassen, kommen wir zu folgenden Leitsätzen:

- 1 Die Anpassung an neue Situationen erfordert nicht nur intellektuelle, sondern auch emotionale Leistungen. Diese gehen mit bestimmten, vegetativ gesteuerten Körperfunktionen einher.
- 2 Auch die emotionalen Leistungen mit ihren Körpervorgängen sind Teil der Gesamtantwort des Menschen auf die Anforderungen einer neuen Situation. Diese Teile der Gesamtantwort werden aber nicht von den objektiv gegebenen Erfordernissen diktiert, sondern davon, wie die Erfordernisse subjektiv erlebt werden.
- 3 Wenn das subjektive Erleben den objektiven Anforderungen nicht entspricht, werden die emotionalen Leistungen mit ihren Körperreaktionen inadäquat. Die Anpassung an eine neue Situation kann dann zwar noch intellektuell vollzogen werden, sie misslingt aber im Emotionalen und im vegetativ gesteuerten Körbereich.
- 4 Die Verdrängung inadäquater emotionaler Reaktionen aus dem Bewusstsein verhindert nicht, dass die begleitenden Körperreaktionen ablaufen.

An dieser Stelle setzt ein Konzept über die Entstehung von Krankheiten auf der Grundlage sozialer Vorgänge ein, das *Harold Wolff* entwickelt hat. Er knüpft an die These Claude Bernard an, dass Anpassungs- und Verteidigungsreaktionen, die ihrer Natur nach adäquat, in ihrer Stärke und Zielsetzung aber inadäquat sind, mehr Schaden stiften können, als die Schädigungen, gegen die sie mobilisiert werden. Dieses Konzept hat in der modernen Medizin eine grosse Bedeutung gewonnen. Ich erinnere nur an den „künstlichen Winterschlaf“, der aus der Vorstellung entwickelt wurde, dass die Ausschaltung



von Abwehrreflexen dem Chirurgen Eingriffe ermöglicht, an denen der Mensch sonst zugrunde geht (*Hugenard, Laborit*).

Wolff betont, dass beim Menschen Anpassungs- und Verteidigungsreaktionen nicht nur durch physische Faktoren, sondern auch durch Drohungen und Gefahren-Symbole ausgelöst werden, und dass von allen Umständen, die wir als bedrohend erleben, der Wechsel einer sozialen Situation, der mitmenschliche Beziehungen zerstört, am meisten imstande ist, Angst zu erzeugen.

Er betont weiter, dass in solchen Situationen nicht das objektive Geschehen, sondern das subjektive Erleben entscheidend ist. Dadurch können bei Menschen, die dafür disponiert sind, sinnlose Anpassungs- und Verteidigungsreaktionen ausgelöst werden. Weil sie ihr Ziel nicht erreichen, können jetzt aus phasisch ablaufenden Funktionen Dauerreaktionen, und aus Verrichtungen, welche den Körper gewöhnlich schätzen, Schädigungsfaktoren werden, die schliesslich sogar imstande sind, sein Gewebe zu zerstören.

Wenn diese These richtig ist, müssten soziale Faktoren auch bei infektiösen, degenerativen, neoplastischen und psychiatrischen Krankheiten eine mithbedingte Rolle spielen.

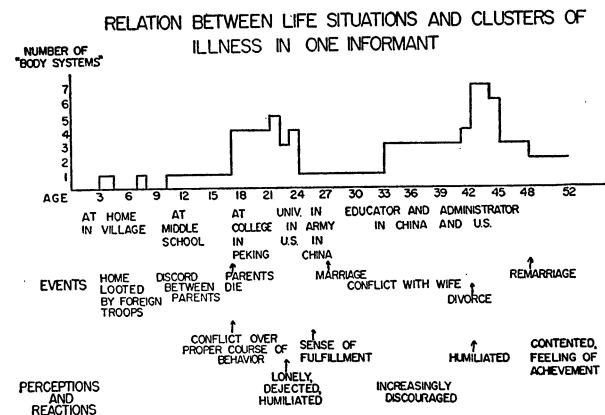
Alle diese Krankheiten wären dann als „psychosomatisch“ in dem Sinn aufzufassen, dass zwischen ihrer Symptomatologie und dem subjektiven Erleben der Umwelt des Menschen Beziehungen bestehen. Wolff hat diese These mit seinen Mitarbeitern in ausgedehnten Untersuchungen nachgeprüft. Davon ist eine Arbeit besonders aufschlussreich (*Laborit en Hugenard*). In ihr wurden bei drei verschiedenen Bevölkerungsgruppen die Krankheiten, welche die Mitglieder in den letzten 16-20 Jahren durchgemacht hatten, mit Änderungen in der sozialen Situation der Betroffenen korreliert. Innerhalb der einzelnen Gruppen waren die physische Konstitution der Mitglieder sowie ihre Belastung mit physischen Schäden etwa gleich. Es wäre daher zu erwarten gewesen, dass sich innerhalb der einzelnen Gruppen die Krankheiten auch etwa gleichmäßig auf die einzelnen Mitglieder verteilt, und dass Unterschiede nur von Gruppe zu Gruppe auftraten. Stattdessen stellte sich heraus:

1 In allen drei Gruppen hatte jeweils ein Viertel der Mitglieder etwa die Hälfte aller Krankheiten und bis zu 75 Prozent aller Krankheitstage auf sich konzentriert. Da sich der Faktor, der zu den Erkrankungen disponiert, also in jeder Gruppe auf die verschiedenen Mitglieder verschieden stark auswirkte, schlossen die Untersucher, dass er weder mit der Konstitution, noch mit den physischen Schäden identisch sein könne, die ja bei alle Mitglieder einer Gruppe etwa gleich waren.

2 Die Krankheiten, welche die einzelnen Menschen

im Laufe der untersuchten Zeit befallen hatten, waren auch in den individuellen Vorgeschichten nicht nach dem Gesetz des Zufalls auf die Vergangenheit verteilt. Sie traten stattdessen fast immer in „Ballungen“, „clusters“ auf (*Figur 5*). Perioden körperlicher und geistiger Gesundheit wechselten mit Jahren ab, in denen immer neue und völlig verschiedenartige Krankheiten auftraten. Der disponierende Faktor war also nicht nur bei verschiedenen Menschen, er war auch bei den gleichen Menschen zu verschiedenen Zeit verschieden stark.

3 Ein Vergleich mit sozialen und sozialpsychologischen Faktoren ergab dann, dass die Phasen, in denen sich die Krankheiten häuften, mit Phasen zusammenfielen, in denen die betroffenen Menschen sich an besonders schwierige Lebenssituationen anpassen mussten. Dabei war jedoch entscheidend, ob der Einzelne seine Situation als besonders schwierig erlebt hatte, nicht aber, ob sie dem neutralen Untersucher als besonders schwierig oder relativ harmlos erschien.



Figur 5. „Clusters“ aus H. Wolffs Arbeit

Wolff und seine Mitarbeiter kommen daher zu dem Schluss, dass Änderungen in den Beziehungen des Einzelnen zu seiner sozialen Umwelt einen Faktor bilden, der für die Auslösung beliebiger Krankheiten eine entscheidende Rolle spielt.

Während Wolff und seine Mitarbeiter soziale Faktoren untersucht haben, die im Alltagsleben eines jeden Menschen vorkommen, hat mein Mitarbeiter *Pflanz* sein Augenmerk besonders auf soziale Faktoren gerichtet, die in den Katastrophen und Umwälzungen der Kriegs- und Nachkriegszeit ihre Wurzel haben. Er hat in einer gross angelegten epidemiologischen Untersuchung die Frage in Angriff genommen, ob der soziale Wandel, also Änderungen in der Zugehörigkeit eines Menschen zu bestimmten sozialen Gruppen und Gesellschaftsschichten einen Einfluss auf seine Gesundheit haben. Das Ergebnis der Untersuchung an etwa zehntausend Patienten der Giessener Medizinischen Poliklinik war eine grosse Zahl von Korrelationen zwischen sozialen Faktoren und den verschiedenartigsten somatischen und funktionellen Erkrankungen. Diese Resultate

bestätigen und ergänzen also die Ergebnisse der Wolff'schen Gruppe.

*Der Wandel der ätiologischen Vorstellungen in der Medizin und das Problem der Verifizierung.* Was bedeuten diese Ergebnisse für die Medizin? Das grosse Ziel der Heilkunde war die ätiologische Diagnose, dass heisst die Aufdeckung der Krankheitsursache. Der Siegeszug der modernen Medizin begann mit der Entdeckung spezifischer Krankheitserreger, die den Weg zu ihrer Bekämpfung eröffnete. Aber bald zeigte es sich, dass ausser spezifischen Erregern auch andere Faktoren für den Erwerb einer Krankheit bedeutsam sind, und dass zu ihnen auch soziale Faktoren gehören. Soziale Momente sind für den Kontakt mit Krankheitskeimen und damit auch für die Entwicklung einer bestimmten Immunitätslage bei den Mitgliedern einer Gemeinschaft verantwortlich. Diese Erkenntnisse schufen die Grundlage für eine wissenschaftlich fundierte soziale Medizin. Hier genügte es aber noch, das ätiologische Konzept der Krankheitsursache durch die Annahme von bedingenden Faktoren sozialer Art zu erweitern.

Die Untersuchungen der soziologischen Medizin zeigen nun, dass auch ganz andere soziale Faktoren eine Rolle spielen, ja, dass bereits die Art und Weise wie ein Mensch seine Stellung in der Gemeinschaft erlebt, für den Erwerb der verschiedenartigsten Krankheiten bedeutsam ist. Diese Ergebnisse lassen sich nicht mehr durch die Annahme deuten, dass soziale Faktoren nur den Kontakt mit Krankheitserregern erleichtern.

Inzwischen hat aber die Medizin ihren Ehrgeiz für die ätiologische Diagnose immer weiter zurückstecken müssen. Bei den meisten Krankheiten gelang es trotz intensiver Forschung nicht, isolierte Krankheitsursachen aufzudecken. Es wurde immer klarer, dass statt einer Entstehungsursache ein ganzes Geflecht verschiedenartiger Faktoren angenommen werden muss, die zusammentreffen müssen, um einen Krankheitsprozess in Gang zu bringen. Dabei können diese Faktoren auf sehr verschiedener Ebene liegen, und es können einmal die einen, das andere Mal die anderen an Bedeutung überwiegen. Diese Faktoren sind nicht mehr als mechanische Ursachen zu deuten, sondern als Momente, welche spezifische Antworten des Organismus und des ganzen Menschen auslösen. Daher betont Wolff auch, dass körperliche und seelische Krankheiten nicht kausal mit Umwelterlebnissen verbunden werden können, sondern dass sie als Bestandteile oder Folgezustände von Anpassungs- oder Verteidigungsantworten des Menschen auf seine Umgebung verstanden werden müssen.

Auch die Reaktionen der Pulsfrequenz und des Blutdruckes, die wir im Verlauf emotionaler Anpassungsversuche registrieren können, sind Teile solcher Gesamtantworten. Ihre Bedeutung als mögliche Anfangsschritte einer pathogenetischen Reihe können wir noch keineswegs übersehen. Es ist möglich, dass diese Reaktionen völlig harmlos sind. Es

ist ebenso möglich, dass sie in bestimmten Fällen die Entstehung einer Dauerhypertonie einleiten, oder eine bereits bestehende Hochdruckkrankheit verschlechtern. Sicher sind diese Reaktionen aber nur ein sehr kleiner Ausschnitt aus einer Vielzahl von Vorgängen, die im Rahmen solcher Gesamtantworten im körperlichen Bereich ablaufen und deren Bedeutung für die Pathogenese einzelner Krankheitsbilder in den meisten Fällen noch völlig dunkel ist. Trotzdem befinden wir uns in der soziologischen Medizin nicht mehr in dem Stadium der Unsicherheit, das man mit der Lage der Heilkunde der vorbakteriologischen Ära vergleichen kann. Damals vermutete man, dass die Infektionskrankheiten durch schädigende Faktoren der Aussenwelt hervorgerufen wurden, die man sich mangels konkreter Kenntnisse nur als unsichtbare Fieberdämpfe, sogenannte Miasmen vorstellen konnte. Wenn wir heute pathogene Faktoren in der sozialen Umwelt des Kranken vermuten, sind wir zwar meistens noch nicht in der Lage, diese Faktoren eindeutig zu isolieren, aber wir können doch unsere Vermutungen empirisch nachprüfen.

Dabei ist der objektive Tatbestand, den ein soziologischer Untersucher feststellen kann, immer nur ein erster Hinweis auf mögliche Zusammenhänge mit Krankheitsvorgängen. Entscheidend für die Frage nach der pathogenen Eigenschaft ist nicht der objektive Tatbestand allein, sondern immer auch die subjektive Bedeutung, die er für den einzelnen Menschen hat, also die Qualität, wie ein objektives Ereignis subjektiv erlebt wird. Deswegen, dass heisst weil die gleiche soziale Situation für verschiedene Menschen eine ausserordentlich verschiedene Bedeutung haben kann, müssen soziologisch medizinische Untersuchungen immer zweidimensional sein: Der Aspekt, den eine soziale Konstellation dem Untersucher bietet, muss durch den Aspekt ergänzt werden, den sie für den Kranken hat.

\* \* \*

*Die Rolle des praktischen Arztes.* Lassen Sie mich zum Schluss noch einen Punkt besprechen der ein spezieller Thema der soziologischen Medizin betrifft. Auch der Arzt ist ein Faktor in der sozialen Wirklichkeit des Kranken und auch von ihm dürfen wir nicht ohne weiteres voraussetzen, dass er nur protektive, dass heisst nur gesundheitsfördernde Auswirkungen besitzt. Diese Frage erschöpft sich keineswegs mit dem Problem der guten oder schlechten medizinischen Ausbildung. Diese Ausbildung lässt den künftigen Arzt in Rollen hineinwachsen, welche die Medizin als Institution für ihn bereithält und die in der Sozietät verankert sind. Die Bedeutung dieser Rollen für den Kranken und für die Gesellschaft muss ebenfalls Gegenstand kritischer Prüfungen werden. Damit kommen wir aber zu einem Gebiet auf dem sich Probleme der „Sociology in Medicine“ mit denen der „Sociology of Medicine“ berühren und überschneiden.

Die moderne Entwicklung geht dahin, die Rolle des Arztes in immer zahlreichere Einzelrollen hochspezialisierter Fachleute aufzuteilen, die untereinander nicht mehr vertauschbar sind. Ein Facharzt kann auf seinen Platz im Laboratorium, der Spezialklinik, im Team, im Allgemeinkrankenhaus nur noch durch einen Spezialisten des gleichen Faches aber nicht mehr durch den einer anderen Spezialität ersetzt werden. Es ist auch klar, dass die Rolle eines Spezialisten nicht mehr von einem Allgemeinpraktiker übernommen werden kann. Weniger klar ist es aber, dass auch umgekehrt ein Spezialist nicht mehr die Rolle des Allgemeinpraktikers übernehmen kann. Man hat die Tatsache, dass die Institution des Allgemeinpraktikers im Rahmen der modernen Entwicklung ebenfalls ein tiefgreifenden Wandel durchmacht, weitgehend ignoriert. Das hat dazu geführt, dass zwischen der Medizin, welche der Praktiker ausübt und der Medizin, wie sie von den Kliniken betrieben und von den Universitäten gelehrt wird, eine Kluft entstanden ist, die ständig grösser wird. Von der Medizin des praktischen Arztes wissen wir nur, dass sie sich heute weitgehend von der Schulmedizin unterscheidet. Aber wir wissen nicht wie ihre Regeln aussehen. Sie werden nirgendwo gelehrt. Jeder Arzt, der den Entschluss fast, sich als Praktiker niederzulassen, muss sie als Autodidakt durch Versuch und Irrtum erlernen. Geiger betont mit Recht, dass die ärztliche Allgemeinpraxis heute ein eigenständiges Gebiet geworden ist, dass seine eigene Struktur und Dynamik besitzt und zu dessen Erforschung spezielle Arbeitsmethoden erforderlich sind.

Nur durch solche Untersuchungen lassen sich Aufschlüsse gewinnen, wie die Rolle des Praktikers heute tatsächlich aussieht und welche Aufgaben sie erfüllen muss. Erste Hinweise geben einige Zahlen, die Braun auf Grund englischer Untersuchungen zusammengestellt hat: Danach macht jeder Mensch der heutigen Gesellschaft bis zu seinem 66. Lebensjahr im Durchschnitt 1200 Gesundheitsstörungen und von diesen etwa 400 nennenswerter Art durch. Davon führen ihn etwa 100 zum praktischer Arzt, der ihn zirka 9 mal zum Spezialisten überweist. Braun veranschaulicht das mit folgender Skizze (Figur 6):

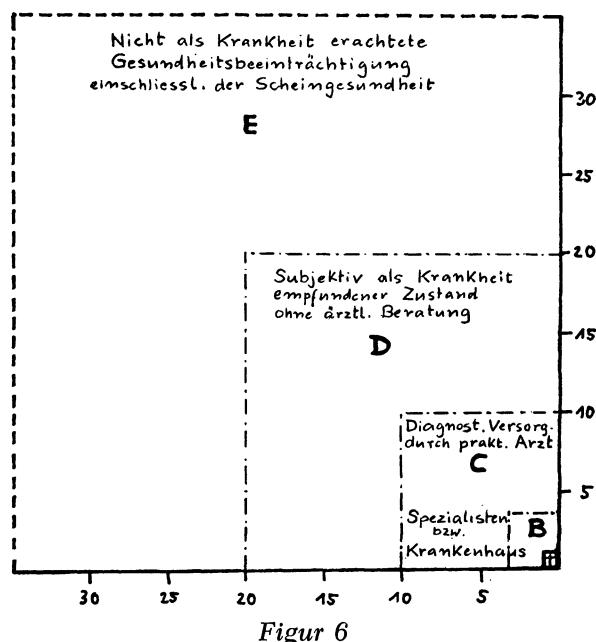
Aus einem Gesamtreservoir von 1200 Gesundheitsstörungen fallen also nur 9 in das Forschungs- und Arbeitsgebiet der klinischen Medizin, während 91 in den Zuständigkeitsbereich des praktischen Arztes gehören.

Dieser Zuständigkeitsbereich bildet also einen Raum, der das Areal potentieller Patienten in der Gesamtsozietät von dem der medizinischen Spezialinstitutionen trennt, und aus dem bestimmte Kategorien von Kranken ausgewählt und auf die verschiedenen Spezialinstitutionen der Kliniken, Sanatorien, Kurorte usw. verteilt werden.

Diese Aufgabe einer Auffang- und Verteilungsstelle für potentielle und aktuelle Patienten, die der praktische Arzt leisten muss, geht aber mit der Aufgabe

einher, die Kranken seines Zuständigkeitsbereiches zu behandeln und soweit wie möglich zu verhindern, dass es notwendig wird, sie an die Spezialinstitute weiter zu überweisen. Auch hier stellt sich die Frage, ob und wodurch sich seine Rolle von der des Spezialisten unterscheidet.

In der Medizin herrscht die Auffassung, der Praktiker habe so etwas wie ein „Allround-Spezialist“ zu sein. Es genüge daher, wenn er von allen oder den meisten Spezialitäten eine gewisses Grundwissen bezitzt. Man diskutiert wie gross und wie klein dieses Grundwissen zu sein habe, wie man es ihm im Rahmen der medizinischen Ausbildung vermitteln soll und welche Fächer dabei den Vorrang haben. Man stellt aber kaum die Frage, ob der Praktiker nicht darüber hinaus Aufgaben zu erfüllen hat,



Figur 6

die von den Spezialisten nicht — oder nicht mehr wahrgenommen werden können. Man hat sich damit abgefunden, dass die alte Rolle des Hausarztes heute nicht mehr möglich ist, und über die Frage, ob es erwünscht sei, diese Rolle neu zu beleben und mit welchem neuen Inhalt sie erfüllt werden soll, gehen die Meinungen weit auseinander.

Wenn es aber richtig ist, dass soziale Faktoren für die Gesundheit und Krankheit des Menschen bedeutsam sind, bekommt diese Frage ein anderes Gesicht; denn dieser Teil der ärztlichen Wirklichkeit entzieht sich dem Spezialisten, dessen Patienten in der künstlichen Atmosphäre der Klinik weitgehend von Beruf und Familie isoliert sind. Nur der Praktiker hat noch die Möglichkeit die soziale Situation und ihre Auswirkungen auf den Kranken wirklich zu beobachten. Hier erwachsen ihm also Aufgaben die von der übrigen Medizin nicht mehr geleistet werden können.

Ich möchte meine Ausführungen nicht abschliessen, ohne auf einen Punkt hinzuweisen, durch welchen der soziologische Aspekt im Aufgabenbereich des Praktikers ein besonderes Gewicht bekommt. Die Rollen, welche die Medizin in den Spezialfächern entwickelt hat, lassen dem Arzt nur noch sehr wenig Freiheit, sie seiner Persönlichkeit entsprechend zu modifizieren. Für die vielberufene Persönlichkeit des Arztes, oder weniger anspruchsvoll ausgedrückt, für das was er von sich aus für die Gestaltung des Verhältnisses zum Patienten mitbringt, bleibt dem Spezialisten nur noch wenig Spielraum.

Die Frage, ob diese Entwicklung für die Aufgabe der Medizin als „Heilkunst“ nützlich oder schädlich ist, wurde bisher fast nur emotional beantwortet, wobei idealisierende Selbstinterpretationen des ärztlichen Berufes die wichtigste Rolle spielten. Trotzdem gibt es bereits einige Untersuchungen, deren Resultate in diesem Zusammenhang aufschlussreich sind. Ich erwähne nur die Arzneimittelprüfung, die mit Hilfe des Blind- und doppelten Blindversuches sehr exakte, sogar quantitativ formulierbare Aussagen über den Anteil der Persönlichkeit des Arztes an dem Erfolg einer Behandlung erlauben. *Balint* hat gezeigt, dass die Persönlichkeit des Arztes einen sehr nachhaltigen Effekt auf den kranken Menschen hat. Er fordert daher eine Pharmakologie und Toxikologie dieser „Droge Arzt“ welche die heutige

Medizin anwendet, ohne über ihre Wirkungsweise und Toxizität Bescheid zu wissen. Auch hier bieten sich dem Praktiker, der seine Rolle noch nach seiner Persönlichkeit modifizieren kann, Möglichkeiten, die dem Spezialisten weitgehend verschlossen sind. Aus all dem ergibt sich also, dass die Erfahrungen, welche der praktische Arzt auf seinem Gebiet sammelt, der Medizin unersetzliche Impulse für eine Selbstkorrektur geben können. Wir brauchen die Institution der Allgemeinpraxis, in der bestimmte Aufgaben der soziologischen Medizin geleistet werden können, auch um die unkontrollierten Gewalten der technischen Entwicklung nach den wirklichen Bedürfnissen der Heilkunde lenken zu können.

- Balint, M. (1957) *The doctor, his patient and the illness*. Pitman Medical Publishing Co. Ltd., London.  
Benedict, R. (1948) *Pattern of culture*. Houghton Mifflin Co., New York.  
Braun, R.N. (1957) *Die gezielte Diagnostik in der Praxis*. Schattauer, Stuttgart.  
Chapman, L. F., L. E. Hinkle en H. G. Wolff (1960) Amer. J. Psychiat. 117, 193.  
Geiger, F. (1961) *Münch. med. Wschr.* 103, 411.  
Hinkle, L. E. e.a. (1957) Amer. J. Psychiat. 114, 212.  
Huguenard, P. (1956) *Triangel*, 216, deel II.  
Laborit, H. en P. Huguenard (1951) *J. Chir. (Paris)* 67, 631.  
Lidz, Th. (1959) *Psyche (Heidelberg)* 13, 516.  
McGregor, R.M. (1953) *Hlth. Bull. (Edinb.)* 11, 14.  
Pflanz, M. (1961) *Sozialer Wandel und Krankheit*. Stuttgart.  
Strauss, R. (1957) Amer. soc. rev. 22, 203.  
Wolff, H. G. (1953) *Stress and disease*. Thomas, Springfield.

## BOEKBESPREKING

*M. G. van Nieuwenhuyzen. Persoon en milieu van de ulcus duodenlijder. n.v. Winants te Heerlen 1961. 328 bladzijden.*

Het is altijd een verheugende gebeurtenis wanneer een huisarts een proefschrift heeft bewerkt en vooral als het onderwerp uit de eigen praktijk afkomstig is. Het laatste is het geval in deze dissertatie. Men moet grote bewondering hebben voor de schrijver, die een zeer grote huisartsenpraktijk in Limburg heeft, om naast zijn drukke werkzaamheden een omvangrijk onderzoek te verrichten en ook te voltooien.

Van Nieuwenhuyzen heeft een bijdrage willen leveren tot de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde door een intensive bewerking van 26 ziektegeschiedenissen van lijders aan een ulcus duodeni. Hiervoor heeft hij een zeer uitvoerige status samengesteld waarmee een integrale benadering van de patiënt werd beoogd. In deze status komen de volgende aspecten naar voren: organisme, persoonlijkheid, gezin, werk en verdere omgeving.

Naast het somatisch onderzoek werd voor het gesprek een grote plaats ingeruimd, waarbij vooral de „non-directive“ methode werd toegepast. Ten slotte werd ook informatie van derden verkregen. Aan de hand van de ziek(t)e geschiedenis van één patiënt, de chef-monteur, werd de toepassing van deze status gedemonstreerd. Vervolgens werd het resultaat van het onderzoek van de 26 patiënten beschreven, waarbij zeer vele aspecten achtereenvolgens de revue passerden. Zeer belangrijk is het onderscheid, dat Van Nieuwenhuyzen maakt tussen 22 senioren en 4 junioren. Onder de eersten verstaat hij hen, die het ulcus pas in het eigen gezin verkregen, terwijl de anderen reeds een ulcus in het ouderlijke gezin verwierpen. Het blijkt, dat er grote structuurverschillen tussen vertegenwoordigers van beide groepen voorkomen.

De senioren vertonen het beeld, dat ongeveer overeenkomt met andere beschrijvingen van ulcus duodenlijders in de psychosomatische literatuur, en waaraan door de schrijver nog een aantal elementen wordt bijgedragen. Het zijn oorspronke-

lijk driftige, later uiterlijk beheerde mensen, die bij voorkeur anderen domineren, maar anderzijds grote behoefte aan koesteren blijken te hebben. Er bestaat zeer vaak de behoefte op de maatschappelijke ladder te stijgen, wat zowel in de huwelijksskuze als in het beroep tot uiting kan komen.

De junioren bleken daarentegen vereenzaamde mensen te zijn, die een weinig dominerende rol vervulden. Er was weinig eerzucht te constateren, terwijl de ijver niet zeer groot was. De stemming was vaak vlak en weinig gedifferentieerd. In tegenstelling tot de senioren werd de moeder weinig geïdealiseerd. Bij beide groepen bleek „stress“ in de overgrote meerderheid uit de sfeer van het gezin voort te komen en in mindere mate uit het arbeidsmilieu. Veelal neemt de ulcuslijder een marginale positie in, waardoor hij zich bijvoorbeeld juist tussen twee maatschappelijke klassen bevindt, welke situatie uiteraard ook zeer vaak „stress“-verwekkend kan zijn.

Als de schrijver uitvoerig de ziek(t)e geschiedenis van de chef-monteur beschrijft, dan volgt men hem als lezer geboeid. Hier wordt het wel en wee van een patiënt geschilderd en leert men iets kennen van een arts-patiëntrelatie. De andere patiënten leert men echter niet kennen, omdat er geen ziektegeschiedenissen van worden gegeven. De gegevens van de 26 patiënten worden facet voor facet bekijken, waardoor het gezicht op de zieke niet mogelijk is, maar alleen op de deelfacetten. Aangezien alle punten uit de zeer uitvoerige status stuk voor stuk worden behandeld is het lezen hiervan zeer vermoeiend, mede omdat men de draad temidden van alle details wel eens kwijttraakt.

Eigenlijk bevat deze dissertatie stof voor verscheidene proefschriften. De schrijver heeft een zware taak op zich genomen door de problemen integraal te willen benaderen. Wellicht zou dit proefschrift aan kracht en diepte hebben gewonnen als de schrijver zich op een beperkter aantal facetten zou hebben geconcentreerd; het zou dan ook een geringere omvang hebben gekregen, wat een winstpunt zou hebben betekent.

Ik zou dit boek graag in handen van vele huisartsen willen zien.

Dr J. C. van Es.